

Ervaring en samenwerking maken het onwaarschijnlijke mogelijk in Drenthe

# Dottercentrum in dunbevolkt gebied

dr. G.A.J. Jessurun MBA,  
interventiecardioloog, Scheper  
Ziekenhuis Emmen

prof. dr. M.A. Mariani,  
hoofd cardiopulmonale  
chirurgie, UMC Groningen

drs. I. van Eede,  
cardioloog, Wilhelmina Zieken-  
huis Assen

dr. L. van Wijk,  
cardioloog, Refaja ziekenhuis  
Stadskanaal

Correspondentieadres:  
g.jessurun@sze.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Minimaal zeshonderd behandelingen per jaar moet een dottercentrum uitvoeren om een vergunning te verkrijgen. Dat leek in het dunbevolkte Zuidoost-Drenthe niet haalbaar, en toch is het gelukt. Ruimschoots.

**I**n Nederland vinden jaarlijks 40 duizend dotterbehandelingen plaats. Desondanks heeft de wetgever deze ingreep in 2009 – na een jarenlange discussie over dotteren in kleine of grote centra en met of zonder hartchirurgie op locatie – niet vrijgegeven uit de wet Bijzondere Medische Verrichtingen. De behandeling blijft vergunningsplichtig, met

een minimaal volume per centrum van 600 behandelingen per jaar.

In de provincie Drenthe zijn door de aanwezigheid van multiple risicofactoren het aantal opnamen en de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten hoger dan het landelijk gemiddelde, blijkt uit cijfers van het RIVM.<sup>1</sup> Gezien het huidige inzicht dat het zo snel mogelijk

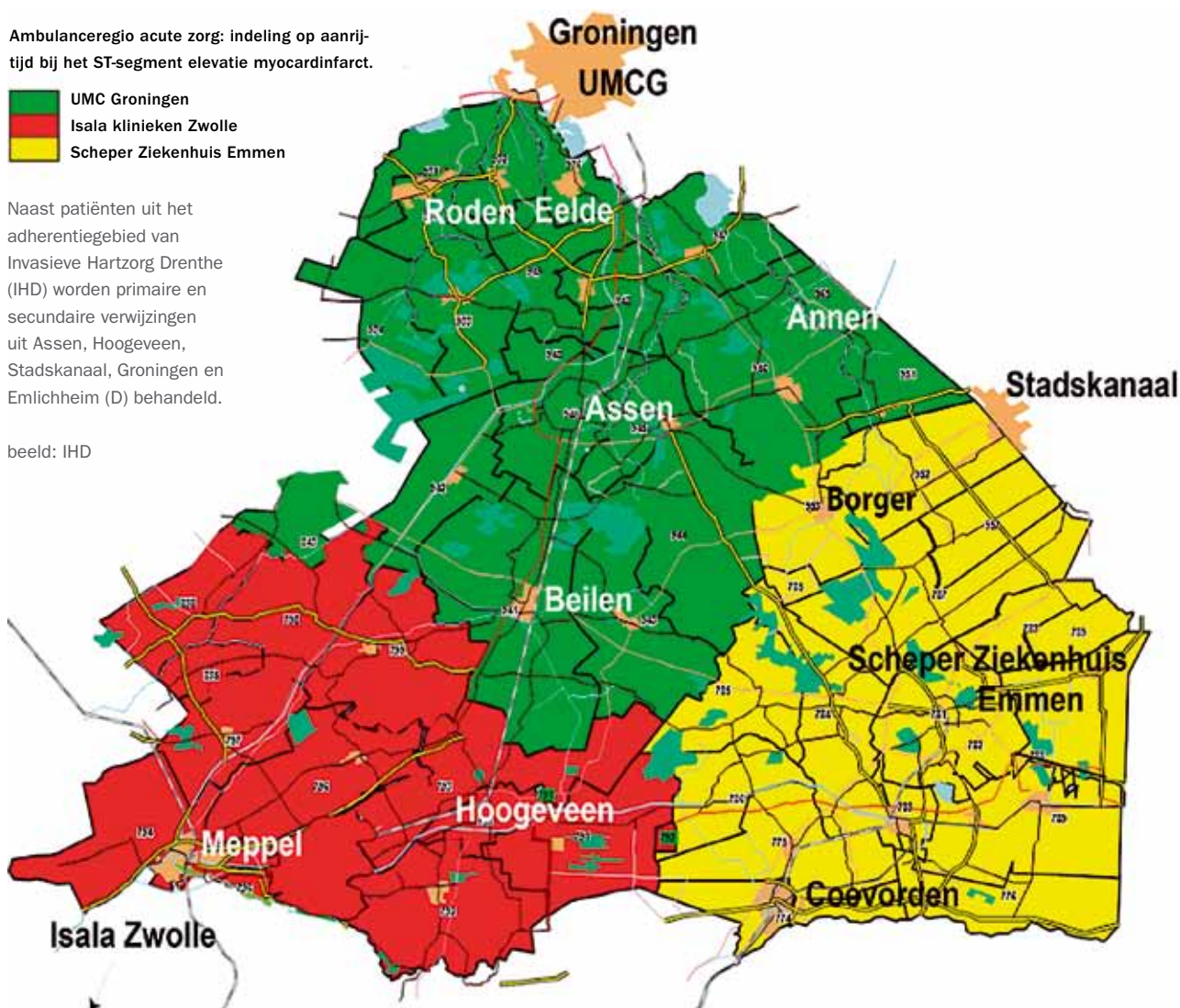


Ambulanceregio acute zorg: indeling op aanrijtijd bij het ST-segment elevatie myocardiinfarct.



Naast patiënten uit het adherentiegebied van Invasieve Hartzorg Drenthe (IHD) worden primaire en secundaire verwijzingen uit Assen, Hoogeveen, Stadskanaal, Groningen en Emlichheim (D) behandeld.

beeld: IHD



## Een dottercentrum in Drenthe leek onwaarschijnlijk

V.l.n.r.: interventiecardioloog Gillan Jessurun, cardiopulmonaal chirurg Jan Grandjean, interventiecardioloog Rutger Anthonio en cardiopulmonaal chirurg Massimo Mariani.

beeld: Boudewijn Benting

mechanisch openen van een afgesloten kransvat bij een hartinfarct de eerste behandelkeus is, kan optimaal gebruik van deze therapie een gunstig effect hebben op de uitkomsten in Drenthe.<sup>2-5</sup> Dat was een argument om een dottercentrum te beginnen in het Scheper Ziekenhuis Emmen, vanwaar de aanrijdtijd naar de dichtstbijzijnde hartcentra in Zwolle, Enschede en Groningen meer dan 60 minuten bedroeg. Een tegenargument was echter dat het een dunbevolkt gebied betreft, waar het vereiste volume normaal gesproken niet te behalen is. Het leek enkele jaren geleden dan ook onwaarschijnlijk dat Drenthe haar eigen dottercentrum zou krijgen.

### Succesfactoren

In een poging om toch een vergunning voor dotteren te verkrijgen, hebben het Scheper Ziekenhuis en de omliggende medische centra het zogenaamde Alkmaar-model overgenomen en aangepast aan de lokale situatie.<sup>6</sup> De drie kritische succesfactoren uit dit model zijn ervaren personeel, volume en samenwerking met een hartcentrum. Met inachtneming van deze drie-eenheid is het gelukt om op 1 juli 2009 van start te gaan met Invasieve Hartzorg Drenthe (IHD) in het Scheper Ziekenhuis, een dottercentrum met 24/7-bereikbaarheid.

De belangrijkste eerste stap was het aantrekken van drie interventiecardiologen met jarenlange ervaring in de behandeling van een groot volume aan complexe patiënten in grote referentiecentra zoals het UMC Groningen. De hartkatheterisatielaboranten, die deels ook





Boven: Het hartteam bespreekt casuïstiek. Onder: Een hartkatheterisatie.



Een perfusionist geeft uitleg over de werking van de mobiele hart-longmachine.



Foto's: De Beeldredactie, Jan Anninga

inzetbaar zijn op de echocardiografie, intensive care en hartbewaking, kregen een hands-on trainingsprogramma en een certificering aan het Wenckebach Instituut Groningen als hartfunctielaborant voor acute cardiologie. En de intensieve zorg is uitgebreid met de expertise van een cardioloog-intensivist. Deze heeft een belangrijke rol in het voor- en natraject van patiënten met een levensbedreigende cardiopulmonale klinische conditie.

#### Adherentie

Als tweede werd er aandacht besteed aan het volume. De adherentie is uitgebreid door samen te werken met ziekenhuizen en ambulancediensten in de wijde omgeving, en door service te verlenen zonder wachttijden, die ook patiënten aantrekt van elders. Daardoor krijgt IHD naast patiënten uit het adherentiegebied van Emmen, ook primaire en secundaire verwijzingen uit Assen, Hoogeveen, Stadskanaal, Groningen en Emlichheim. Verder maakt de ruime ervaring van de drie interventiecardiologen – onder meer met de gefaseerde en hybride benadering – het mogelijk om optimaal gebruik te maken van de indicatie; ook risicovolle behandelingen kunnen bij IHD veilig plaatsvinden.

De derde factor voor succes is de samenwerking met een hartchirurgisch centrum. Er is een formeel samenwerkingsverband met hartchirurgische afdelingen in het noorden (UMC Groningen), westen (Isala klinieken Zwolle), zuiden (Medisch Spectrum Twente) en oosten (Bad Rothenfelde). IHD heeft daardoor de mogelijkheid om samen met de patiënt te bepalen waar hij/zij zo snel en kundig mogelijk kan worden geholpen.

#### Veiligheid

Voor de veiligheid van patiënten is samen met het UMCG een programma opgezet voor mechanische ondersteuning van de longfunctie en bloedsomloop. Een ultramoderne, kleine, mobiele hart-longmachine (Maquet Cardiohelp) te gebruiken onder supervisie van perfusionisten, stelt IHD in staat om patiënten in een levensbedreigende situatie te stabiliseren. Hierdoor is het mogelijk om patiënten op transport te zetten, bijvoorbeeld met de helikopter, of om lokaal ondersteuning te verlenen aan het behandelend team. IHD streeft kwaliteitscriteria na zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.

IHD heeft ook een indicatielijst gemaakt op basis van geldende richtlijnen en beschikbare expertise, die is geaccordeerd door alle

## Weg met die controles

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde las ik onlangs een onderzoek waarin werd aangetoond dat regelmatig uitgevoerde longfunctiemetingen bij COPD-patiënten in de huisartsenpraktijk, zoals richtlijnen voorschrijven, geen gezondheidswinst opleveren. Afschaffen dus maar, was de teneur van het bijbehorende redactionele commentaar. Weg ermee, met die zinloze controles. Voor mijn gevoel is deze conclusie te gemakzuchtig. Als we het onderzoek nauwkeuriger lezen, dan blijkt dat de patiënten na hun longfunctie-onderzoek meestal niet naar de huisarts gaan en weinig gemotiveerd zijn om iets met de gegeven leefstijladviezen te doen. De onderzoekers hadden zich ook kunnen afvragen hoe dat komt.

Komt het omdat patiënten weten dat de dokter toch weer gaat adviseren: 'u moet stoppen met roken' of 'meer gaan bewegen' of 'echt uw medicijnen nemen'? Dingen die patiënten meestal wel weten; het probleem is alleen dat het ze niet lukt. Daar voelen ze zich dan gefrustreerd over en schamen ze zich voor.

Of komt het omdat ze de dokter niet willen teleurstellen? De dokter die dat advies heeft gegeven vanuit de oprechte wens de patiënt te willen helpen. De patiënt wil de dokter dan de teleurstelling besparen. En komt dan dus maar niet op het spreekuur of wekt ten onrechte de indruk dat het gegeven advies is gevolgd. Een Engelse collega van me noemde dat het 'omgekeerde placebo-effect'.

Het zou de moeite waard zijn om die aspecten nader te onderzoeken. De controles bij chronische ziekten moeten anders worden ingericht, en (juist) niet worden afgeschaft.

Paul Brand,  
kinderarts

### SAMENVATTING

- Bij een acuut hartinfarct moet het vat snel zo snel mogelijk mechanisch worden geopend. Daarvoor is topzorg dichtbij de patiënt noodzakelijk.
- Een dottercentrum in dunbevolkt gebied moet investeren in ervaren personeel, volume en samenwerking met een hartchirurgische afdeling.
- Invasieve Hartzorg Drenthe (IHD) in Emmen is op 1 juli 2009 geopend en heeft het eerste jaar bijna 1100 dotterbehandelingen uitgevoerd.
- Het Drentse voorbeeld verdient navolging elders in Nederland en op de eilanden van de voormalige Nederlandse Antillen.

omringende hartchirurgische afdelingen. Er is wekelijks een hartteambespreking op locatie, en de mogelijkheid om 24 uur per dag, 7 dagen per week via alle mogelijke kanalen contact te maken met het hartchirurgische centrum naar keuze.


De interventiecardiologen van IHD hebben jarenlang samengewerkt met hartchirurgen binnen het hartteam van het UMC Groningen en Medisch Spectrum Twente. Deze ervaring vertaalt zich rechtstreeks terug in de beleidsbeslissingen van de dagelijkse praktijk. Daarom heeft de patiënt bij IHD het voordeel dat er bij de behandelingskeuze tijdwinst kan worden bereikt, hetgeen ten goede komt aan de patiëntvriendelijkheid en kosten (opnameduur), met inachtneming van patiëntveiligheid.

### Topzorg

Van 1 juli 2009 tot 1 juli 2010 heeft IHD 1091 behandelingen verricht. In driekwart van de gevallen betrof het een acute dotterbehandeling. In totaal werden 275 patiënten doorverwezen naar omliggende hartklinieken voor een openhartoperatie. Er zijn geen spoedverwijzingen naar een hartcentrum geweest vanwege complicaties van de dotterbehandeling. De 24-uursmortaliteit bedroeg 0,2 procent en de 30-dagenmortaliteit 1,4 procent. Vergelijkbare landelijke cijfers ontbreken, maar ter indicatie: de 30-dagenmortaliteit is landelijk naar schatting 3 tot 4 procent, en onder andere afhankelijk van het aantal behandelde patiënten met een acuut hartinfarct.

IHD is erin geslaagd om topzorg in Drenthe dichterbij de mensen te brengen door minimaal invasieve hart- en vaatinterventies lokaal uit te voeren.<sup>7</sup> Het model dat het centrum daarvoor heeft gebruikt, kan aangepast aan de lokale situatie ook uitkomst bieden in andere delen van Nederland en op de voormalige Nederlandse Antillen, waar de geo-

grafische en demografische omstandigheden vergelijkbaar zijn.

Op de eilandengroep wordt een acuut hartinfarct nog altijd behandeld met trombolyse in plaats van mechanische reperfusiotherapie, wat anno 2010 achterhaald is. En dat terwijl de prevalentie van hart- en vaatziekten op de eilanden naar verhouding net zo hoog is als in de provincie Drenthe. Een dottercentrum naar het model van IHD kan het hiaat opvullen. 

## Het IHD-model kan ook op de voormalige Nederlandse Antillen worden toegepast



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

#### Referenties

1. [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)
2. Keeley EC, Boura JA, Grines CL et al. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *Lancet* 2003; 361:13-20.
3. Svilaas T, Vlaar PJ, van der Horst IC et al. Thrombusaspiration during primary percutaneous coronary intervention. *The New Engl J of Med* 2008; 358:557-67.
4. Vlaar PJ, Svilaas T, van der Horst IC et al. Cardiac death and reinfarction after 1 year in the thrombus aspiration during percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction study (TAPAS): a 1-year follow-up study. *Lancet* 2008; 371: 1915-20.
5. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP et al. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts, *Circulation*, 2004; 109: 1223-5.
6. Peels JOJ. Practical and Strategic issues for off-site percutaneous coronary intervention. Clinical outcome within the Dutch healthcare system, Thesis 2007, ISBN: 978-90-367-3114-0.
7. Jessurun GA, Mariani MA, Tio RA. Cardiologists and cardiac surgeons: towards an integrated approach facing the forthcoming scenario of coronary artery disease. *J Invasive Cardiol* 1999; 11: 691-3.